



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, Managua
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



Maestría en Administración en Salud

2015-2017

Informe final de tesis para optar al Título de

Master en Administración en Salud.

**PROPUESTA DE NORMAS TECNICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DE ADULTOS (UCI-A), HOSPITAL SOLIDARIDAD, MANAGUA
- NICARAGUA PRIMER TRIMESTRE 2017.**

Autora:

Gretel Isamar Olivas Rodríguez.

Licenciada en Enfermería, Px. Cx.

Tutora:

Dra. Sheila Valdivia Quiroz.

Docente e Investigadora.

Managua, Nicaragua, 2017.

ÍNDICE

RESUMEN.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEÓRICO	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
VIII. RESULTADOS.....	24
IX. CONCLUSIONES	24
X. RECOMENDACIONES.....	25
XI. BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	1

i. RESUMEN

Objetivo: Elaborar propuesta de normas técnicas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCI-A), en el Hospital Solidaridad, donde se plantea identificar los criterios y establecer los elementos estructurales para la realización de dicha propuesta de normativas técnicas.

Diseño: Se realizó una sistematización de documento normativo a través de una revisión documental de normativas técnicas de cuidados intensivos de adultos a nivel nacional e internacional, procediéndose a identificar la complejidad de oferta de servicios para definir la estructura de acuerdo a la forma establecidas por el Ministerio de Salud de Nicaragua, Normativa - 070 norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud. Lográndose obtener los siguientes resultados.

Resultados: Propuesta de normas técnicas para la unidad de cuidados Intensivos de adulto del Hospital Solidaridad, de acuerdo a la complejidad de oferta del servicio, realizada en base a los criterios establecidos en la Normativa 070, del MINSA-Nicaragua.

Palabras claves: Normas técnicas, Unidad de Cuidados Intensivos; criterios, elementos estructurales, componentes organizacionales.

ii. DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico especialmente a mi madre por estar conmigo en cada momento y su apoyo en cada paso que he dado y a todas las personas que me han apoyado y animado a seguir adelante cada día.

Lic. Gretel Isamar Olivas Rodríguez.

iii. AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios por permitirme llegar a este momento, por la bendición de ampliar mis conocimientos y culminar esta meta propuesta.

A mi familia por estar conmigo durante este proceso de postgrado, por los momentos en que no he estado presente y por su apoyo incondicional.

Agradezco a las autoridades, del CIES-UNAN Managua, por su labor y paciencia para impartirnos cada día el pan de la sabiduría.

Bendiciones a todos.

Lic. Gretel Isamar Olivas Rodríguez.

I. INTRODUCCIÓN

La atención al paciente críticamente enfermo ha sido una de las áreas de la medicina que ha tenido un desarrollo más acelerado en las últimas décadas. Afortunadamente, el crecimiento se ha realizado de una manera armónica, manteniendo el equilibrio entre los avances tecnológicos y la profundización en los aspectos fisiopatológicos y patogénicos. Es así que los cuidados intensivos, que surgieron para dar una respuesta asistencial eficiente a las urgencias, se han ido transformando en un área especializada dentro de la medicina con un cuerpo teórico bien definido y normas para sus prácticas aceptadas.

La no-delimitación de las normas repercute dentro del equipo multiprofesional, pues se realizan funciones interdependientes que no están escritas en las resoluciones y documentos actuales.

Las unidades de cuidados intensivos necesitan normas y procedimientos administrativos que difieran de las unidades hospitalarias estándar, a causa de la gravedad de las enfermedades de sus pacientes, las unidades de cuidados intensivos requieren de delineación clara de los límites de autoridad y responsabilidad en sentido administrativo y médico.

La existencia de estas normas reducirán la ambigüedad que a menudo es inherente al medio difícil y complejo de la Unidad de Cuidados Intensivos, permitiendo la toma rápida de decisiones, la ejecución de un plan de trabajo coherente, organizado y fluido, en el que cada miembro de la unidad reconozca su función en lo particular y en lo general.

Siendo fundamental el establecimiento, manejo y aplicabilidad de normativas propias del servicio de UCI, para un adecuado funcionamiento; por tal razón en esta tesis se presenta una propuesta de normativas técnicas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCI-A), Hospital Solidaridad, Managua-Nicaragua, 2017.

II. ANTECEDENTES

Escuela Nacional de Salud Pública, Habana Cuba, provincia Villa Clara, de noviembre 2011 a noviembre 2013, realizó un estudio en el que propone la Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios.

MINSA-Nicaragua, Acuerdo Ministerial No. 19-2010, Normativa - 070. 19 de Enero del 2010, Comisión Nacional de Normas, Guía, Manuales y Protocolos del Sector Salud, publicada en el año 2011, establece las funciones, así como la reglamentación del proceso de elaboración y aprobación del marco normativo de aplicación al sector salud, con el cual se establecen los lineamientos para garantizar la calidad de la atención.

Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Managua-Nicaragua (2009), unidad de cuidados intensivos de adulto (UCI-A), normativa técnica para el manejo de la Unidad de Cuidados Intensivos de adulto de este hospital, la cual hasta la fecha no ha sido publicada virtualmente ni validada por la Dirección de Regulación Sanitaria Concepción Palacios, pero si puesta en práctica y la cual rige en esta unidad. Se tiene uso de información sobre esta normativa por experiencia de la autora.

(MINSA / DGSP V.01), Dirección general de salud de las personas (Perú-2006), Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud.

Las unidades hospitalarias especializadas para pacientes graves se usaron por primera vez a principios del decenio de 1950 para enfermos de poliomielitis que requerían ventilación artificial. Los cuidados intensivos han evolucionado durante las últimas cuatro décadas hasta alcanzar la categoría de una disciplina que combina las excelentes clínicas de medicina interna, cirugía y anestesia.

En la actualidad existen varios tipos de Unidades de Cuidados Intensivos en más del 80% de los hospitales que tienen más de doscientas camas, siendo indispensable la aplicabilidad de una normativa que difiera de las otras unidades y que dependen de un conjunto integrado de conocimientos.

En el hospital Solidaridad en la unidad de cuidados intensivos se ha manejado desde su inicio bajo el régimen de normativas técnicas, no establecidas en un formato para el conocimiento y cumplimiento de las mismas de una manera formal.

III. JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención es un compromiso de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Solidaridad. Para cumplir con el mismo es necesario cumplir un mínimo de requisitos en lo referido a estructura, dotación de equipos y recursos humanos. Para ello se realizó un planteamiento de normativas técnicas de la unidad de cuidados intensivos, buscando garantizar una mejora continua de la calidad.

Este estudio tuvo como propósito plantear la normativa para el manejo de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos en el Hospital Solidaridad, según la normativa del MINSA y el INSS, ya que las patologías que ponen en peligro la vida exige de cuidados médicos intensivos que son peculiares a estas unidades y que dependen de un conjunto integrado de conocimientos.

La elaboración de esta propuesta de norma, responde a la necesidad de establecer criterios para que la unidad de cuidados intensivos cuente con las condiciones y características mínimas de organización y funcionamiento, que permitan desarrollar las actividades específicas de atención del paciente en estado crítico, fijar los límites en que se apoya la indicación de los cuidados intensivos, situación que redundará en la seguridad del paciente, en el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales destinados a la atención de pacientes que ameritan cuidados intensivos, lo cual se constituye en beneficio para los pacientes que requieren inminentemente del manejo bajo estas condiciones.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de las normativas en una unidad de cuidados intensivos es vital para el adecuado funcionamiento y manejo de estas unidades, dado que en la unidad de cuidados intensivos de este hospital actualmente no se tiene normas técnicas escritas; se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál debe ser la propuesta de las normas técnicas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCI-A), en el Hospital Solidaridad, Managua-Nicaragua 2017?

Asimismo responder algunas interrogantes:

1. ¿Qué criterios se deben de cumplir para la elaboración de las normas del manejo de las UCI-A, en el sector salud a nivel nacional e internacional?
2. ¿Cuáles deben ser los elementos estructurales de la normativa técnica para el manejo de la UCI-A en el hospital Solidaridad?
3. ¿Qué componentes organizacionales deben formar parte de las normas técnicas de la unidad de cuidados intensivos de adultos?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar propuesta de normas técnicas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCI-A), en el Hospital Solidaridad, Managua-Nicaragua 2017.

Objetivos específicos

1. Identificar los criterios a cumplir para la elaboración de las normas del manejo de las UCI-A, en el sector salud a nivel nacional e internacional.
2. Establecer los elementos estructurales de la normativa técnica para el manejo de la UCI-A en el hospital Solidaridad.
3. Determinar los componentes organizacionales que deben formar parte de las normas técnicas de la unidad de cuidados intensivos de adultos.

VI. MARCO TEÓRICO

La unidad de cuidados intensivos es una unidad de internación para pacientes con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Esto incluye pacientes en estado crítico, con riesgo potencial de muerte y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida.

El desarrollo científico y tecnológico alcanzado en el campo de la medicina, hace posible que el manejo y tratamiento médico de pacientes en estado crítico, tenga cada vez mayores posibilidades de éxito. Esta condición requiere de asistencia médica altamente especializada con un enfoque integral, que involucre a todo el personal del área de la salud que se encuentra organizado en las unidades de cuidados intensivos.

El tratamiento de pacientes en estado crítico, tiene como uno de sus objetivos principales, que el equipo médico pueda mantener estables las funciones vitales del paciente, para que en condiciones de absoluto control se pueda hacer frente y atender los cambios fisiopatológicos que originan el estado de gravedad o inestabilidad, sin dejar de lado el tratamiento curativo de la patología de base que ha causado estas alteraciones.

En el marco de los procesos de reforma sectorial, los sistemas para desarrollar sistemas de salud con coberturas crecientes y de mejor calidad en la provisión de servicios ha determinado la introducción de una serie de nuevas prácticas gerenciales.

La década dedicada a los recursos humanos en salud, representa una oportunidad importante para el desarrollo de la fuerza de trabajo de todos los trabajadores de salud, potenciando el rol que les corresponde, resaltando su condición de ser el eje fundamental que mueve todos los sistemas del sector salud. Por lo tanto, la modernización de recursos

humanos en el marco de la administración pública orientada a resultados y a la restitución de derechos que impulsa y desarrolla el gobierno nacional.

El Ministerio de Salud (MINSA) entre los nuevos retos que enfrenta para cumplir los lineamientos de la política social del estado y la política nacional de salud, es que los servicios de salud sean accesibles, equitativos, eficientes y con calidad para mejorar la provisión de los servicios a la población, de conformidad con la Ley General de Salud y su Reglamento.

En los últimos años, el ministerio de salud ha estado inmerso en una reorganización institucional, estableciendo una nueva estructura organizativa para el nivel central del MINSA, con un nuevo enfoque metodológico basado en la gestión por proceso y la separación de funciones. Entre sus grandes funciones resaltan: la regulación, el control y la provisión de servicios; dentro de este contexto el ministerio viene trabajando en el fortalecimiento del proceso de normalización de las intervenciones, procedimientos y estándares de calidad adecuados, para dar respuesta a las necesidades de atención de los problemas de salud priorizados. Siendo una prioridad la de estandarizar y protocolizar los procesos de atención a la salud.

En junio del 2011 el ministerio de salud (MINSA) elaboró la normativa-070, Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud, con el objetivo de estandarizar los criterios para la elaboración o actualización de normas, manuales, guías y protocolos en el sector salud. Estableciendo los procedimientos en el proceso de elaboración de las normas, manuales, guías y protocolos, y definiendo la estructura para su elaboración. Siendo esta metodología de estricto cumplimiento para todos los profesionales o técnicos del sector salud.

METODOLOGÍA PARA ELABORAR UNA NORMA:

La institución debe identificar las necesidades de elaboración, adecuación y actualización de los lineamientos de los documentos normativos, así como permitir la retroalimentación de las diferentes instituciones del sector salud.

CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE LAS NORMAS

Para la elaboración de una norma se debe cumplir con los criterios siguientes:

Válida: de acuerdo a su aplicación los resultados esperados de la prestación de servicios deben ser de calidad.

Confiable: cada vez que se aplica la norma debe dar los mismos resultados.

Clara: no debe dar lugar a ambigüedades.

Realista: factible de realizar de acuerdo a los recursos disponibles y condiciones propias del sistema local de salud.

Dinámica: conforme se introducen mejoras a los procesos o se incorporan nueva tecnología, el estándar se modifica.

ELEMENTOS Y ESTRUCTURA DE LA NORMA

Ordenación y Numeración del Contenido de la norma

El contenido del texto de la norma se distribuirá en capítulos que son divisiones principales de la norma, los cuales a su vez podrán sub-dividirse en numerales.

La numeración de las divisiones y sub-divisiones se realizará de acuerdo a lo indicado, salvo en algunos casos que por conveniencia de presentaciones prefiere identificar las sub-divisiones con letras minúsculas seguidas del signo de cerrar paréntesis. El número de página deberá colocarse en el extremo inferior derecho.

En el espacio inferior de la primera página se podrá colocar información complementaria por ejemplo “Derechos de reproducción reservados”.

La norma que sufra alguna modificación o se complete y corrija con adiciones, supresiones de forma o contenido, se deberá reimprimir anotando la fecha nueva de aprobación, debajo del número de la primera página, se deberá colocar la expresión “1° Revisión”, “2° Revisión”, y así sucesivamente, según le corresponda.

En un párrafo colocado antes del capítulo del objeto de la norma se deberá hacer constar que la norma es una reimpresión original, con modificaciones, indicando además la fecha de impresión original, el historial de la misma y otras declaraciones que se estimen convenientes.

La composición digitada de la norma se deberá realizar utilizando un tipo de letra sin adornos, de fuente Arial y número 11.

La redacción del texto de la norma se realiza en idioma español o en lengua nativa, dicha redacción deberá ser clara y concisa para que permita una sola interpretación y no dé lugar a ambigüedades.

Se deberá describir la base legal que soporta jurídicamente la norma, es necesario saber que leyes mandatan elaborar esta norma o en virtud de la cual se elabora la misma, así como los artículos e incisos relativos a ella.

En el texto de la norma, en los cuadros, y en las tablas se deberá utilizar únicamente los símbolos de las unidades que se escriben de acuerdo a las normas internacionales.

Presentación del Documento:

Portada

La portada debe contener:

- a. El logo del Gobierno en la región superior.
- b. Los colores deben ser azul y blanco.
- c. Nombre de la Norma, Manual, Guía o Protocolo.
- d. Número de la Normativa.
- e. Fecha, lugar y año de edición.

Título de la Norma

El título de la norma deberá expresar el objeto de la misma y su redacción se deberá realizar en letras mayúsculas. Si el título de la norma estuviese compuesto por un título principal y un Sub-Título, la redacción de este último, deberá realizarse empleando letras minúsculas.

Contraportada ficha catalográfica.

La cual se solicita una vez aprobado el documento a la Biblioteca Nacional del Complejo Concepción Palacios por la Dirección de Regulación Sanitaria.

Primera Página Incluye:

- a. Créditos. Nombre y cargo de la Dirección Superior del MINSA, SILAIS, Hospital, Municipio (según el caso).
- b. Nombre, profesión y lugar de trabajo de los participantes del grupo de expertos que elaboró o actualizó la Norma.
- c. Nombre, profesión y lugar de trabajo de los miembros de la Comisión Nacional de normas, guías, manuales y protocolos del sector salud.

d. Nombre, profesión y lugar de trabajo del grupo que colaboró en la validación de la norma.

e. Si existen varias versiones, definir a cual pertenece y la fecha.

Segunda y Tercera página:

Se escaneará al documento la resolución ministerial firmada por el Ministro de Salud, la cual se solicita por parte de la Dirección General de Regulación Sanitaria una vez aprobado el documento.

Cuarta Página

Colocar el índice con formato con su respectivo número de páginas de los aspectos a tratar.

Páginas subsiguientes

Llevan el orden que se describe a continuación:

- Introducción: se describe de forma resumida la norma y las generalidades de la misma.
- Antecedentes o situación actual: se describe también el comportamiento que los diferentes diseños metodológicos se han venido experimentado.
- Justificación: expresa porque es importante la norma, en que nos va a ayudar, que resultados esperamos obtener mediante la aplicación de la norma y en que contribuirá para lograr la transformación del estado de la salud de la población que demanda los servicios. Señala en forma clara y concisa porque es importante que exista la norma.

- Soporte jurídico: este capítulo describe la base legal que soporta jurídicamente la norma, es necesario saber que leyes obligan a elaborar la norma o en virtud de la cual se elabora la misma, así como los artículos e incisos relativos a ella.
- Definiciones y aspectos conceptuales: se incluyen los conceptos o definiciones que se consideran necesarias para asegurar la comprensión y correcta aplicación de la norma, cada definición deberá exponer con claridad y exactitud las características de una persona o cosa. Es aquí donde se exponen las bases teóricas que fundamentan la norma.
- Definición de la norma: Describe en forma clara y concreta la norma no dando lugar a confusión ni ambigüedad, para que sea entendida por todos los afectados y personal responsable de su manejo.
- Objeto de la Norma: Señala el propósito o la finalidad que se busca conseguir o lograr al aplicar la norma.
- Campo de aplicación: Describe quien(es) están sujeto(s) a aplicar la norma. Además describe los casos, circunstancias y condiciones en que su aplicación no es válida.
- Universo de la Norma: describe quien(es) serán beneficiados con la puesta en práctica de esta norma.
- Disposiciones: es la parte medular de la norma, explica en forma clara y concisa todos los procesos, las técnicas y procedimientos que en forma ordenada deben aplicarse para garantizar la atención en salud con la mejor calidad técnica. Se señalan los requerimientos de recursos, incluyendo sus especificaciones y se hace una descripción y precisión de la atención según niveles de complejidad de los diferentes

establecimientos de la red de servicios, y además los mecanismos para la referencia y contra referencia.

- Definición y elaboración del procedimiento: la redacción debe ser sencilla, con el propósito que cualquier usuario de la norma comprenda con facilidad los procedimientos, en qué consiste cada uno y su secuencia.

Se definirán, en secuencia lógica y especificando las interrelaciones entre uno y otro, así como las diferentes opciones a seguir cuando sea el caso. Se debe numerar cada uno de ellos.

Los pasos a seguir o procedimientos deben poder expresarse en un diagrama de flujo, en él se describen cada una de las actividades y etapas que constituyen el procedimiento.

El equipo que elabora el proceso, debe identificar al usuario o equipo de trabajo que ejecutará el procedimiento para realizar validación de la secuencia y contenido de cada actividad.

- Incluir un glosario de las palabras o siglas utilizadas en el documento.

- Bibliografía: debe anotarse la bibliografía en que la norma se soporta.

- Flujograma: siempre es útil que exista una representación gráfica, sencilla de los procesos que comprende la norma.

- Anexos: se pueden agregar instrumentos o herramientas útiles para facilitar la atención, sean estos cuadros, tablas y otros.

COMPONENTES ORGANIZACIONALES DE LAS NORMAS

Identificación del aspecto a normar

Antes de iniciar el proceso de normalización se debe identificar el aspecto a normar.

Establecer las dimensiones de la calidad del documento

Identificadas las dimensiones de la calidad del documento de mayor relación con la problemática en un proceso de gestión determinado, se describe la condición deseada o situación requerida.

Competencia técnica: Se refiere al nivel de conocimientos, habilidades, capacidad y desempeño actual del personal clínico, de apoyo técnico y administrativo.

En la unidad de estudio (Unidad de Cuidados Intensivos de adulto), actualmente se cuenta con los siguientes recursos humanos:

CARGO	CANTIDAD	HORARIOS	OBSERVACIONES
Médicos intensivistas	2	-De 8:00 am – 11:00 am. -De 8:00 am – 3:00 pm. Lunes a viernes.	Turnos rotativos por semana al llamado de 3:00 pm a 7:00 am.

CARGO	CANTIDAD	HORARIOS	OBSERVACIONES
Médicos internistas	10	-De 3:00 pm – 7:00am	Turnos cada cinco días en pareja. Fines de semana y días feriados turnos de 24 horas.
Jefa de enfermería de UCI-A.	1	-De 7:00 am – 3:00 pm.	De lunes a viernes
Licenciado/as en enfermería con mención en paciente crítico.	4	-De 7:00 am – 7:00 pm	Turnos mixtos.
Auxiliares de enfermería.	11	-De 7:00 am – 7:00 pm	Turnos mixtos.

Todo este personal con más de tres años de experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Oportunidad, acceso y rapidez: Es el grado en el cual la prestación de los servicios de salud no son restringidos por barreras geográficas, económicas, sociales, culturales organizacionales, gerenciales o lingüísticas.

El Hospital Solidaridad se encuentra ubicado en Managua- Nicaragua, frente a INETER, esta ubicación es de fácil acceso a los asegurados a quienes se les brinda atención. Este hospital brinda atención a la población asegurada en los modelos de enfermedad común

y maternidad, así como a su núcleo familiar, mamá y papá si el asegurado es trabajador MINSA, también se atienden convenios con otras instituciones que brindan servicios de salud.

Eficacia: grado de relación entre un procedimiento aplicado y los resultados esperados. Estos resultados, expresados en términos de norma de prestación de servicios y de orientación clínica.

Relaciones interpersonales: La calidad de la interacción entre proveedores y clientes, gerentes y proveedores de salud, el equipo de salud y la comunidad.

Eficiencia: Suministrar el mayor beneficio con los recursos que se cuenta. Muy importante dado que los recursos para la atención generalmente son muy limitados.

Continuidad: Grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan sin sufrir interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

Seguridad: Grado de relación entre el conjunto de beneficios y riesgos a que se somete el paciente. Estos beneficios y riesgos, expresados en términos de normas de prestación de servicios y de orientación clínica.

Comodidades: Las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que agregan valor y acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver en el futuro.

Definir los servicios o procesos a normar.

Según los aspectos o resultados críticos que se deseen controlar y mejorar de cada proceso de atención, se debe identificar las dimensiones de la calidad directamente relacionadas a este. Por tanto la dimensión de la calidad identificada corresponde a la competencia técnica.

Otro aspecto crítico a controlar y mejorar, corresponde al tiempo transcurrido desde que el usuario llega hasta que es atendido, en este caso la dimensión de la calidad a seleccionar es la oportunidad y acceso a los servicios.

Identificadas las dimensiones de la calidad de mayor relación con el aspecto crítico a mejorar en un proceso de atención determinado, se describe la o las condiciones o situaciones requeridas, que constituyen la norma o estándar.

Definir los indicadores claves y el umbral para realizar la medición del cumplimiento de las normas; estos están constituidos por datos organizados para tomar decisiones. Pueden ser expresados en tasas, porcentajes, índices entre otros.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de Estudio

Sistematización de documento normativo a través de una revisión documental.

b. Área de Estudio

Hospital Solidaridad, unidad de cuidados intensivos de adultos de éste hospital.

c. Unidad de Análisis

Normativas técnicas establecidas para servicio de UCI-A en otras instituciones nacionales e internacionales.

d. Ejes descriptores de la sistematización

Revisión documental de las actuales normativas nacionales e internacionales, a través de web grafía, bibliografías y normativas de nuestro país.

Teniendo como eje central la Normativa Metodológica-070, para la elaboración de normas, guías, manuales y protocolos del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA), publicada en el año 2011.

Las normativas que se toman en cuenta y de las cuales se obtuvo referencias para la elaboración de la propuesta de normativas técnicas para la unidad de cuidados intensivos de adulto (UCI-A), del Hospital Solidaridad son:

	Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios, Escuela Nacional de Salud Pública, Habana Cuba, provincia Villa Clara, de noviembre 2011 a noviembre 2013	Normas técnicas, administrativas y de atención de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Managua-Nicaragua (2009).	Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud, Dirección general de salud de las personas, (MINSA / DGSP V.01), (Perú-2006).
Estructura	-Título de la norma. -Ficha catalográfica. -Resolución ministerial*. -Índice. -Introducción. -Objetivo de la norma. -Campo de aplicación -Antecedentes*. -Justificación*. -Soporte jurídico. -Definiciones y aspectos conceptuales. -Definición de la norma*. -Universo de la norma* -Disposiciones. -Glosario. -Bibliografía. -Flujograma*. -Anexos.	-Título de la norma. -Ficha catalográfica*. -Resolución ministerial*. -Índice*. -Introducción. -Objetivo de la norma. -Campo de aplicación*. -Antecedentes*. -Justificación*. -Soporte jurídico*. -Definiciones y aspectos conceptuales*. -Definición de la norma*. -Universo de la norma* -Disposiciones. -Glosario*. -Bibliografía*. -Flujograma*. -Anexos*.	Título de la norma. -Ficha catalográfica. -Resolución ministerial*. -Índice. -Introducción. -Objetivo de la norma. -Campo de aplicación. -Antecedentes*. -Justificación*. -Soporte jurídico. -Definiciones y aspectos conceptuales. -Definición de la norma*. -Universo de la norma* -Disposiciones. -Glosario. -Bibliografía. -Flujograma*. -Anexos.
Organización	En esta norma se describen los aspectos de: -Recursos humanos. -Infraestructura y área de trabajo. -Atención del paciente.	Esta norma está organizada: -Características de funcionamiento. -Interrelación con otros servicios de apoyo.	Esta normativa presenta los lineamientos sobre: -Organización de los servicios de cuidados intensivos.

	-Referencia y contra referencia. -Medios de transporte y comunicación. -Criterios de admisión y alta. -Nivel de atención. -Exámenes auxiliares. -Equipamiento -Indicadores.	-Monitoreo diario de cada px. -Materiales y equipos. -Proveniencia y egreso de los px. -Organigrama interno de los recursos humanos. -Organización de la unidad. -Recursos humanos. -Políticas de admisión de pacientes. -Criterios de selección de pacientes. -Recomendaciones	-Instructivo de los servicios de cuidados intensivos. -Unidades funcionales. -Recursos humanos y capacitación. -Tecnologías en cuidados intensivos. -Referencia y contra referencia de servicios de cuidados intensivos.
Resultado	Prestaciones de salud de acuerdo a las normas establecidas.	Funcionamiento organizado y normalizado	Estructura organizada y adecuada a la oferta y demanda de los usuarios en situación crítica.

(*) No está presente en la normativa.

e. Fuente de Información

Secundaria constituida por las normativas seleccionadas.

f. Técnica de Recolección de Información

Revisión documental de las actuales normativas técnicas nacionales e internacionales, actividad realizada por la misma investigadora.

g. Procesamiento de la información

Se realizó una revisión documental de normas técnicas nacionales e internacionales de las unidades de cuidados intensivos de adultos, se procedió a identificar la complejidad

de oferta de servicios definiendo la estructura de acuerdo a la establecida por el Ministerio de Salud de Nicaragua, Normativa-070 norma metodológica para la elaboración de normas, manual, guías y protocolos del sector salud.

h. Aspectos éticos

- Este trabajo se sustentó en los principios éticos establecidos, teniendo en cuenta el consentimiento previo de todas las personas y directivos para participar en la revisión del primer borrador, manteniéndose por el investigador el anonimato de las personas que participaron.
- Autorización y consentimiento por parte de la dirección general del Hospital Solidaridad para presentar la propuesta de normativa técnica para la UCI-A.
- Autorización y consentimiento por parte de la jefa de UCI-A del Hospital Dr. Roberto Calderón G. para utilizar su normativa técnica como referencia.

i. Trabajo de campo

- Visita al Hospital Dr. Roberto Calderón (UCI-A) para solicitud y consentimiento del uso de su normativa.
- Visita a la biblioteca virtual del Ministerio de Salud MINSA, para la revisión de las normativas vigentes www.minsa.gob.ni
- Uso de los sitios Web de las distintas instancias y países para obtener información puesta en línea desde sus instituciones, a través de las normativas que están utilizando en las UCI-A.

- Realización de un esquema, primer borrador de las normativas técnicas a proponer.
- Revisión del primer borrador en consenso con las autoridades superiores de la UCI-A del hospital Solidaridad (jefa de enfermería, médicos intensivistas, dos licenciados y dos auxiliares de enfermería con mayor experiencia en esta área), previo consentimiento, para lo cual se realizó reunión de dos horas, en la que los participantes brindaron sus opiniones y puntos de vista los cuales fueron tomados en cuenta.

**PROPUESTA DE NORMAS TÉCNICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DE ADULTO (UCI-A), HOSPITAL SOLIDARIDAD, MANAGUA-
NICARAGUA PRIMER TRIMESTRE 2017.**

Managua-Nicaragua, 2017.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN	3
IV. SOPORTE JURIDICO.....	4
V. DEFINICIONES Y ASPECTOS CONCEPTUALES	5
VI. DEFINICIÓN DE LA NORMA.....	6
VII. OBJETIVOS	7
VIII. CAMPO DE APLICACIÓN	7
IX. RESPONSABILIDAD	8
X. DISPOSICIONES.....	8
XI. BIBLIOGRAFIAS.....	33
XII. ANEXOS	1

I. INTRODUCCIÓN

La atención al paciente críticamente enfermo ha sido una de las áreas de la medicina que ha tenido un desarrollo más acelerado en las últimas décadas. Afortunadamente, el crecimiento se ha realizado de una manera armónica, manteniendo el equilibrio entre los avances tecnológicos y la profundización en los aspectos fisiopatológicos y patogénicos. Es así que los cuidados intensivos, que surgieron para dar una respuesta asistencial eficiente a las urgencias, se han ido transformando en un área especializada dentro de la medicina con un cuerpo teórico bien definido y normas para sus prácticas aceptadas.

La no-delimitación de las normas repercute dentro del equipo multiprofesional, pues se realizan funciones interdependientes que no están escritas en las resoluciones y documentos actuales. Este problema fue identificado de manera empírica por los profesionales de enfermería.

Las unidades de cuidados intensivos necesitan normas y procedimientos administrativos que difieran de las unidades hospitalarias estándar, a causa de la gravedad de las enfermedades de sus pacientes, las unidades de cuidados intensivos requieren de delineación clara de los límites de autoridad y responsabilidad en sentido administrativo y médico.

La existencia de estas normas reducirán la ambigüedad que a menudo es inherente al medio difícil y complejo de la Unidad de Cuidados Intensivos, permitiendo la toma rápida de decisiones, la ejecución de un plan de trabajo coherente, organizado y fluido, en el que cada miembro de la unidad reconozca su función en lo particular y en lo general.

Siendo fundamental el establecimiento, manejo y aplicabilidad de normativas propias del servicio de UCI, para un adecuado funcionamiento; por tal razón se plantea una propuesta de normativas técnicas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCI-A), Hospital Solidaridad, Managua-Nicaragua, 2017.

II. ANTECEDENTES

Escuela Nacional de Salud Pública, Habana Cuba, provincia Villa Clara, de noviembre 2011 a noviembre 2013, realizó un estudio en el que propone la Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios.

MINSA-Nicaragua, Acuerdo Ministerial No. 19-2010, Normativa - 070. 19 de Enero del 2010, Comisión Nacional de Normas, Guía, Manuales y Protocolos del Sector Salud, publicada en el año 2011, se establecen sus funciones, así como la reglamentación del proceso de elaboración y aprobación del marco normativo de aplicación al sector salud, con el cual se establecen los lineamientos para garantizar la calidad de la atención.

Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Managua-Nicaragua (2009), unidad de cuidados intensivos de adulto (UCI-A), 2009 normativa técnica para el manejo de la Unidad de Cuidados Intensivos de adulto de este hospital, la cual hasta la fecha no ha sido publicada virtualmente ni validada por la Dirección de Regulación Sanitaria Concepción Palacios, pero si puesta en práctica y la cual rige en esta unidad. Se tiene uso de información sobre esta normativa por experiencia de la autora.

(MINSA / DGSP V.01), Dirección general de salud de las personas (Perú-2006), Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud.

Las Unidades Hospitalarias especializadas para pacientes graves se usaron por primera vez a principios del decenio de 1950 para enfermos de poliomielitis que requerían ventilación artificial. Los cuidados intensivos han evolucionado durante las últimas cuatro décadas hasta alcanzar la categoría de una disciplina que combina las excelentes clínicas de medicina interna, cirugía y anestesia.

En la actualidad existen varios tipos de Unidades de Cuidados Intensivos en más del 80% de los hospitales que tienen más de doscientas camas, siendo indispensable la aplicabilidad de una normativa que difiera de las otras unidades y que dependen de un conjunto integrado de conocimientos.

En el hospital Solidaridad en la unidad de cuidados intensivos se ha manejado desde su inicio bajo el régimen de normativas técnicas, no establecidas en un formato para el conocimiento y cumplimiento de las mismas de una manera formal.

III. JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención es un compromiso de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Solidaridad. Para cumplir con el mismo es necesario cumplir un mínimo de requisitos en lo referido a estructura, dotación de equipos y recursos humanos. Para ello se realizó un planteamiento de normativas técnicas de la unidad de cuidados intensivos, buscando garantizar una mejora continua de la calidad.

Esta propuesta normativa tiene como propósito, procurar la normatividad técnica y los lineamientos de procedimientos de atención de los pacientes en estado crítico en el servicio de cuidados intensivos del Hospitales Solidaridad, según la normativa del MINSA y el INSS, ya que las patologías que ponen en peligro la vida exige de cuidados médicos intensivos que son peculiares a estas unidades y que dependen de un conjunto integrado de conocimientos.

La elaboración de esta propuesta de norma, responde a la necesidad de establecer criterios para que la unidad de cuidados intensivos cuente con las condiciones y características mínimas de organización y funcionamiento, que permitan desarrollar las actividades específicas de atención del paciente en estado crítico, fijar los límites en que se apoya la indicación de los cuidados intensivos, situación que redundará en la seguridad del paciente, en el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales destinados a la atención de pacientes que ameritan cuidados intensivos, lo cual se constituye en beneficio para los pacientes que requieren inminentemente del manejo bajo estas condiciones.

IV. SOPORTE JURÍDICO

La elaboración del presente documento de Normas Técnicas para los servicios de Cuidados Intensivos se fundamenta en los siguientes dispositivos legales:

- Ley N°. 423, ley general de salud y su reglamento, gaceta No. 91 del 17 de mayo del 2002. Republica de Nicaragua.
Título I. Disposiciones fundamentales, capítulo I disposiciones generales: arto.2.
“El ministerio de salud, como el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar la ley general de salud y también para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.”
- Normativa 070 norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud, MINSA-Nicaragua. Por acuerdo ministerial número 19–2010, del ministerio de salud, se creó la comisión nacional de normas, guías, manuales y protocolos del sector salud, siendo la instancia que se encarga de conducir, revisar y aprobar los instrumentos regulatorios que debe aplicar el personal de salud, en el proceso de atención a pacientes en establecimientos de salud públicos y privados. Esta comisión conduce el proceso de elaboración y actualización de normas, guías, manuales y protocolos, para el manejo clínico, administrativas y de procesos en materia de salud pública.
- Normativa No.049; acuerdo ministerial No.280-2010, Managua agosto 2010. Programa médico funcional policlínico.

- Decreto no. 96-2007, reglamento de la ley general de higiene y seguridad del trabajo”, publicado en la gaceta no. 196 del 12 de octubre del 2007. artículo 1.- el presente reglamento tiene por objeto regular la aplicación de la ley No. 618, ley general de higiene y seguridad del trabajo, publicada en la gaceta, diario oficial no. 133 del 13 de julio del 2007.
- MINSA-Nicaragua, manual de procedimientos, planificación y programación de recursos humanos.

V. DEFINICIONES Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Categoría: tipo de establecimientos de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes, las cuales responden a realidades socio sanitario similar y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

Norma: es una especificación técnica u otro documento a disposición del profesional o técnico de la salud, así como al público en general, elaborada por profesionales expertos o conocedores sobre la materia que se aborda, basada en resultados consensuados de la ciencia, tecnología y experiencia que se establece para un uso común, promoviendo beneficios para la población.

Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos: es el documento técnico-normativo de gestión que describe en forma ordenada y sistemática cómo organizar, operar los procesos y el uso adecuado de instrumentos de gestión clínica asistencial y administrativa que permite garantizar el manejo adecuado de los pacientes críticamente enfermos ubicados en los servicios de cuidados intensivos de los hospitales públicos y privados que integran el sector salud.

Nivel de atención: conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.

Nivel de complejidad: es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado. El nivel de complejidad guarda una relación directa con las categorías de establecimientos de salud.

Servicio de cuidados intensivos: es una unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en medicina intensiva al paciente críticamente enfermo. Es una Unidad Técnica Operativa integrada por profesionales especializados en Medicina Intensiva y que tienen a su cargo el cuidado y manejo del paciente crítico.

Sistema de referencia y contra referencia del paciente crítico: conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud del paciente crítico.

VI. DEFINICIÓN DE LA NORMA

Esta norma está diseñada específicamente para la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto, del Hospital Solidaridad, formulada de acuerdo a la complejidad de oferta de este servicio, pero si estructurada de acuerdo a la forma establecida por el Ministerio de Salud de Nicaragua, Normativa-070 norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud. Sin embargo esta norma puede ser utilizada en cualquier Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto del país, adaptándola de acuerdo a la complejidad de oferta de cada servicio.

VII. OBJETIVOS

Objetivo General:

Procurar la normatividad técnica y los lineamientos de procedimientos de atención de los pacientes en estado crítico en el servicio de cuidados intensivos del Hospitales Solidaridad, Managua-Nicaragua 2017.

Objetivos Específicos:

1. Brindar prestaciones de salud en los Servicios de Cuidados Intensivos, satisfaciendo las necesidades de atención del paciente crítico bajo criterios de calidad y oportunidad.
2. Organizar y adecuar la oferta y demanda de los usuarios en situación crítica.
3. Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente crítico en los Servicios de Cuidados Intensivos.
4. Desarrollar competencias en el personal de la unidad de cuidados intensivos, con acciones dirigidas hacia el paciente crítico.

VIII. CAMPO DE APLICACIÓN

La norma señalada en el presente documento puede llegar a alcanzar los centros asistenciales de nivel II–2 y III–1 del Sector Público, INNSS y Privado.

Esta propuesta de normativas técnicas está dirigida específicamente para la UCI-A del Hospital Solidaridad.

IX. RESPONSABILIDAD

La responsabilidad de la implementación, seguimiento y evaluación corresponden a:

- Gerentes generales o director de esta institución.
- Jefe(a) de enfermería.
- Jefe(a) de UCI-A.
- Médicos de la UCI-A.
- Recursos de enfermería (licenciados y auxiliares).

X. DISPOSICIONES

1. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS

1.1 Disposiciones generales

- a) El servicio de cuidados intensivos tendrá un responsable de su organización y funcionamiento.
- b) La unidad de cuidados intensivos deberá estar ubicada de preferencia junto a emergencia, centro quirúrgico, laboratorio e imágenes.
- c) El servicio de cuidados intensivos contará con un número de camas que corresponderá al 5% u 8 % del total de camas hospitalarias.
- d) El servicio de cuidados intensivos funcionará las 24 horas del día todos los días del año.

1.2 Modalidad de funcionamiento

- El servicio de cuidados intensivos adoptara prioritariamente la modalidad de unidad cerrada, con manejo total del caso por parte del médico especialista en medicina intensiva una vez admitido el paciente.
- Todo ingreso procedente de emergencia, quirófano, filial o servicios generales debe hacerse previa coordinación y autorización del médico de base de turno en UCI.
- El paciente debe recibir apoyo mediante coordinación interdisciplinaria si el caso lo amerita.
- Deben de respetarse las decisiones del paciente o su familia y dejar constancia escrita (consentimiento informado).
- Al ingreso de cada paciente debe recibir valoración media inmediata y monitorización.
- Todo ingreso debe de recibir la primera dosis de antibiótico a lo inmediato.
- Al final de cada evolución el paciente debe de ser clasificado de acuerdo a su condición (A, B, C, D; ver anexo 1).
- El personal de enfermería debe de ser perfilado o especializado en paciente crítico.

- Todo procedimiento quirúrgico a realizar en pacientes de UCI amerita autorización por escrito del paciente o en su defecto de su familiar inmediato.
- El médico de base que realizó una intervención en un paciente de UCI debe darle seguimiento durante su estancia en la misma.

1.3 Capacidad de resolución:

- Comprenden aquellos daños de pacientes críticos de alta complejidad que requieren recursos materiales de tecnología avanzada y/o que requieren medidas de tratamiento extraordinario, e incluye entre otros daños:
- Shock de cualquier tipo.
- Obstrucción de la vía respiratoria alta.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Pacientes que requieren ventilación mecánica.
- Síndrome de dolor torácico.
- Emergencia hipertensiva.
- Insuficiencia cardíaca descompensada.
- Insuficiencia renal aguda.
- Hemorragia digestiva activa.
- Encefalopatía.
- Accidente cerebro vascular.
- Traumatismo encéfalo craneano moderado.
- Infección del sistema nervioso central.
- Post operado de Cirugía con más de 6 horas de periodo intraoperatorio.

- Politraumatizado.
- Anticoagulación total
- Síndrome Post Resucitación.
- Falla hepática aguda.
- Pancreatitis aguda complicada.
- Toxemia Severa.
- Diabetes mellitus descompensada.
- Desequilibrio hidroelectrolítico severo.
- Monitoreo hemodinámico.
- Monitoreo tisular.
- Monitoreo respiratorio.
- Monitoreo neurológico.
- Monitoreo metabólico.
- Post Operados de Cirugía de alta complejidad y complicada.

Aquellos pacientes que requieran procedimientos de diagnóstico o de tratamiento especializados no disponibles en el hospital, serán referidos a un hospital de mayor resolución.

2. RECURSOS MATERIALES

Para el mejor cumplimiento de sus fines, el servicio de cuidados intensivos debe contar con los recursos materiales más apropiados, tanto en infraestructura como en equipamiento así como disponer de manera oportuna y suficiente de materiales y fármacos de uso frecuente en la UCI-A, las cuales se señalan a continuación

Equipos biomédicos:

Equipamiento para 01 módulo de 10 camas UCI-A

10	Monitores de cabecera 05 parámetros
01	Monitor de perfusión tisular *
01	Desfibrilador portátil
01	Electrocardiógrafo
02	Máquinas para hemodiálisis
24	Bombas de infusión
01	Ecógrafo portátil bidimensional con doppler
10	Ventiladores mecánicos, ciclados por volumen
02	Camilla multipropósito
01	Camilla multipropósito con balanza*
02	Laringoscopio
01	Carro de paro equipado
01	Ventilador de transporte*
01	Monitor de transporte
02	Calentador corporal (sabana térmica)*
02	Marcapaso cardíaco temporal
01	Equipo de Rayos X portátil
01	Equipo de gases arteriales y electrolitos
01	Equipo de traqueotomía
01	Equipo de cirugía menor
01	Oto-oftalmoscopio
02	Lámpara portátil
10	Manómetro de oxígeno
01	Tensiómetro manual
02	Estetoscopio
01	Equipo de toracocentesis y drenaje torácico
02	Tanque de oxígeno portátil
	Red de oxígeno
10	Aspiradores
20	Maletas completas de ropa de cama (cubre colcho, movable, sabana, camisón, funda, almohada y frazada).
	Materiales fungibles

(*) No se cuenta aun en la UCI-A de este hospital con este equipo.

3. INTERRELACIÓN CON OTROS SERVICIOS DE APOYO

- **Laboratorio clínico.**

Brinda apoyo con pruebas de laboratorio básico, las 24 horas del día, como mínimo con las siguientes pruebas:

Electrolitos y gases arteriales.

Bioquímica.

Hemograma.

Hematocrito.

Hemoglobina.

Grupo sanguíneo y Rh.

Perfil de coagulación.

Sedimento urinario.

Gram y cultivo de fluidos y secreciones.

Dimero D y procalcitonina.

Enzimas cardíacas y perfil hepático.

- **Departamento de radiología e imágenes**

El departamento de radiología o diagnóstico por imágenes debe brindar apoyo las 24 horas del día por medio de:

Equipo de rayos X portátil.

Ecógrafo portátil

- **Anestesiología.**
- **Patología.**
- **Nutrición y dieta.**
- **Servicios administrativos.**
- **Farmacia.**
- **Interconsultas interdisciplinarias con las subespecialidades que presta el hospital y otros hospitales.**

4. ÁREA FÍSICA E INFRAESTRUCTURA

- **Área asistencial:**

Sala abierta de 10 camas

Un cubículo para aislados por cada 5 camas.

Área de 12 m², por cada ambiente de paciente.

- **Área administrativa:**

Jefatura médica.

Centro de cómputo con acceso a internet.

Sala de reuniones.

Estar médico y de enfermería.

Área para informes a los familiares.

- **Área de servicios:**

Depósito de equipos e instrumental.

Stock de farmacia e insumos.

Almacén de ropa limpia y depósito para ropa sucia.

Sala de trabajo sucio y sala de trabajo limpio.

Servicios higiénicos para el personal.

Vestuario y Baños.

- **Ingeniería Sanitaria:**

Equipo de luz auxiliar.

Línea telefónica directa y línea telefónica interna.

Sistema informático integrado al hospital y línea dedicada para Internet.

Sistema de oxígeno fijo con doble salida por cama.

Sistema de aire comprimido con doble salida por cama.

Sistema de aspiración fijo con doble salida por cama.

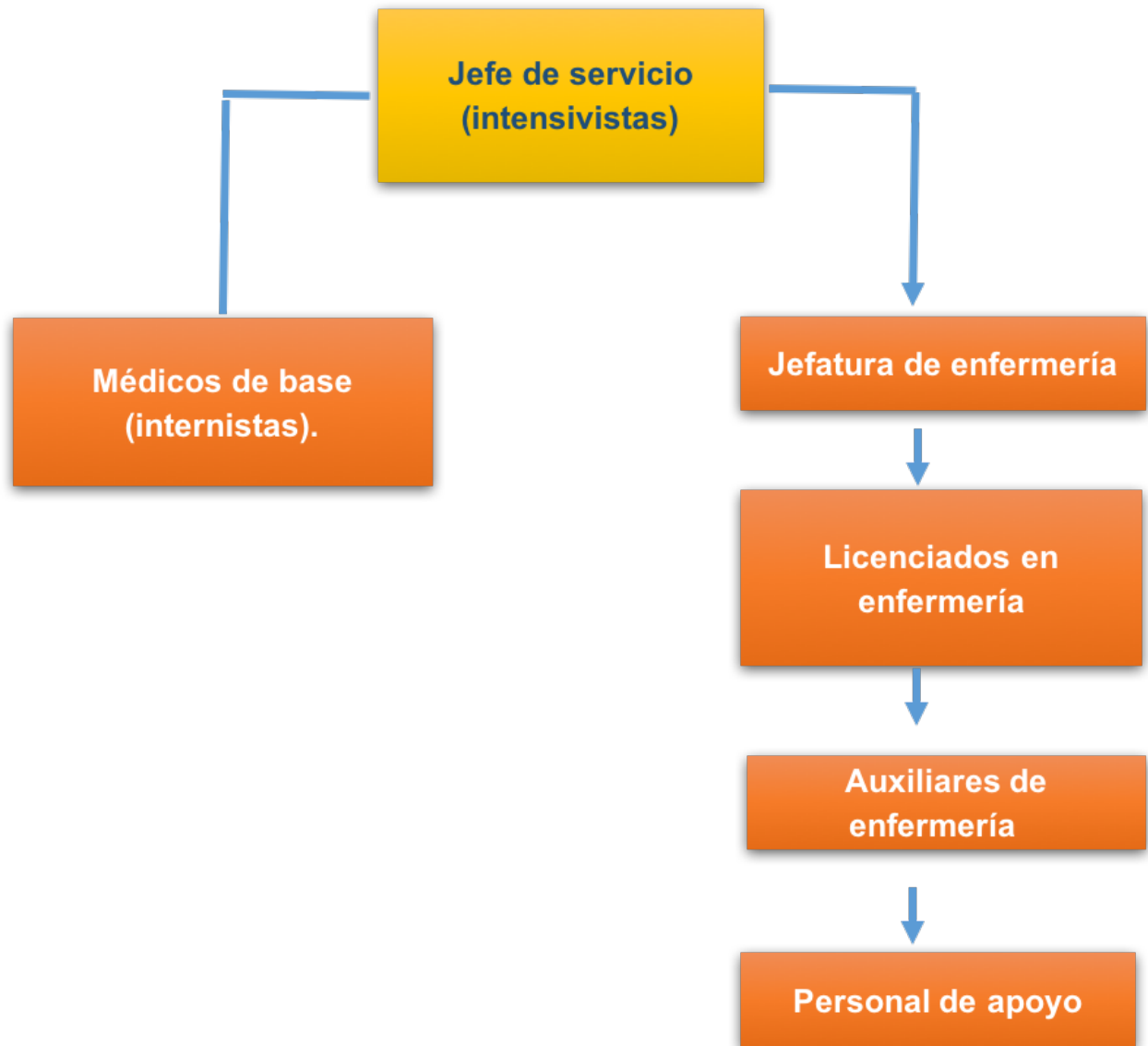
Sistema de aire acondicionado con presión positiva-negativa con 12-15 recambios por hora con filtro HEPA.

Sistema de iluminación general e individual graduables en intensidad.

Sistema de tomacorriente (06 a 10 por cama paciente).

5. RECURSOS HUMANOS

- Organigrama interno:



- **Propuesta de recursos humanos:**

CARGO	CANTIDAD	HORARIOS	OBSERVACIONES
Médicos intensivistas	2	-Uno de ellos en horario de 8:00am–11:00 am. -El otro de 11:00am–7:00 pm. Lunes a viernes.	Turnos rotativos por semana al llamado de 7:00pm a 7:00am. Cubriendo al llamado los fines de semana las 24 horas.
Médicos internistas	10	-De 7:00pm–7:00am	Turnos cada cinco días en pareja. Fines de semana y días feriados turnos de 24 horas.
Jefa de enfermería de UCI-A.	1	-De 7:00 am–3:00 pm.	De lunes a viernes
Licenciado/as en enfermería con mención en paciente crítico.	4	-De 7:00am–7:00pm	Turnos mixtos de 12 horas, uno por clave.
Auxiliares de enfermería.	12	-De 7:00am–7:00pm	Turnos mixtos.

El personal médico, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Personal Médico de Planta

Laborar en forma exclusiva en el servicio de cuidados intensivos conformando los equipos de guardia.

Tener la especialidad de Medicina Intensiva debidamente registrada en el MINSA, la UCI estará a su cargo y el personal médico asistencial estará constituido por médicos internistas.

Dominar técnicas y procedimientos tales como reanimación básica, avanzada y prolongada de la vida, monitoreo hemodinámico y neurológico, ventiloterapia.

Capacidad para la investigación y docencia.

Funciones del jefe de servicio:

- Recibo de turno en AM.
- Garantizar las actividades asistenciales.
- Participar en las entregas de guardia.
- Valorar pacientes.
- Organizar actividades.
- Indicar planes de manejo.
- Dar condición sobre el estado de salud del paciente a los familiares.
- Mantener la disciplina.
- Promover trabajo en equipo.
- Decidir ingresos, altas y traslados.

- Participar en los comités de fallecidos, e infecciones asociadas a atención en salud.
- Elaborar rol de turnos médicos.
- Velar por el mantenimiento y funcionamiento de equipos de trabajo.
- Comunicación directa con el personal de enfermería.
- Mantener conocimiento pleno de la historia clínica, evolución, tratamiento y manejo de cada paciente.
- Coordinación directa con el resto de servicios y departamentos de apoyo.
- Análisis estadístico mensual de mortalidad.
- Mantener la docencia.

El jefe del servicio deberá programar el número de médicos de guardia de la siguiente manera: 01 médico intensivista o internista por cada 06 camas en la UCI, previa autorización de las jefaturas competentes, se podrá asumir la carga laboral programando un médico por cada 08 camas. La responsabilidad asistencial estará a cargo del médico de guardia y de la jefatura del que lo autorice.

Funciones del médico de base (internista):

- Recibo y entrega de turno.
- Darle continuidad a la terapia instaurada en AM.
- Cumplir con visitas médicas establecidas.
- Dar condición a los familiares.
- Manejar los eventos que se presenten durante su turno.
- Dar condición a los familiares.

- Atender interconsultas.
- Realizar notas de ingreso.
- Comunicación directa con el personal de enfermería.
- Responsable de la sala durante su turno.
- Mantener la docencia durante los turnos.
- Nunca dejar sola la unidad.
- Vigilancia continua de los pacientes de acuerdo a la gravedad.
- Acompañar a los pacientes cuando se trasladen a otra unidad o se les tenga que realizar exámenes especiales.
- Mantener la ética profesional.
- Al ingreso del paciente a la unidad el medico deberá iniciar un plan de trabajo con el paciente, realizará evaluación médica en los turnos de mañana, tarde y noche y las reevaluaciones que el estado clínico y la terapéutica indicada requieran.
- Las interconsultas solicitadas para el paciente deberán ser coordinadas directamente de médico a médico o con la dirección médica.

Requisitos del personal de Enfermería:

- Personal de enfermería de planta
- Trabajarán de manera exclusiva en el Servicio de Cuidados Intensivos.
- Se programarán en turnos de guardia teniendo en cuenta la relación enfermera-paciente y el nivel de complejidad.
- Una enfermera coordinadora del equipo de trabajo de enfermería (Licenciado).
- Un recurso de enfermería por cada dos pacientes de acuerdo a la complejidad del paciente no pudiendo en ningún caso superar una carga mayor.

- Tener la especialidad o licenciatura en paciente crítico, debidamente registrada en el MINSA y personal auxiliar de enfermería con experiencia en el área crítica.
- Dominar técnicas y procedimientos tales como reanimación básica, avanzada y prolongada de la vida, monitoreo hemodinámico y neurológico, ventiloterapia.
- Capacidad para la investigación y docencia.

Funciones de la jefa de enfermería:

- Analizar la situación del servicio en conjunto con el jefe de servicio.
- Realizar actividades de planeación, organización, coordinación y ejecución de enfermería.
- Participar en la elaboración de plan de atención de enfermería.
- Controla ingreso y distribución de medicamentos según perfil fármaco terapéutico.
- Garantiza stock de medicamentos de urgencia, materiales y equipos necesarios.
- Supervisa, revisa y asesora registros de enfermería en el expediente clínico y tarjetas de medicamentos.
- Garantiza el cumplimiento de normas de asepsia, así como las normas técnicas y procedimientos.
- Controlar el uso adecuado de equipos, materiales y el cumplimiento del reglamento disciplinario.
- Elabora roles de turnos, tratando de mantener la relación de un licenciado/a - tres auxiliares por clave.
- Elabora rol de vacaciones y días feriados de su personal.
- Realiza evaluaciones del desempeño de su personal y actualiza los expedientes personales.

- Participar en implementación de plan de mejoramiento continuo de la calidad y en la elaboración de planes internos de gestión.
- Realizar y llevar a cabo un programa docente.
- Revisar y actualizar normas y técnicas del servicio.

Funciones del personal de enfermería

Funciones asistenciales:

- Llegar a la unidad 10 minutos antes y recibir paciente por paciente.
- Usar mascarilla, gorro y bata o pijama asignada (cumplir con todas las precauciones universales de bioseguridad; ver anexo 4).
- Leer y cumplir con atención y oportunamente las prescripciones médicas del plan de manejo y tratamiento.
- Toda orden verbal (por razones de emergencia o no) deberá ser anotada por escrito una vez pasada la emergencia.
- Vigilar y cumplir las normas de control de infecciones.
- Brindar una atención integral, continua y especializada al paciente durante su permanencia, aplicando el proceso de atención de enfermería.
- Asumir directamente la función de monitoreo al paciente, uso de equipos e infusión de las soluciones y realizar el balance hidromineral, registrando cuidadosamente ingresos y egresos, de rutina cada 12 horas o de acuerdo a la indicación médica.
- Atender inmediatamente al sonido de las alarmas de bombas, monitores y ventiladores y reportar al médico si es necesario.
- Mantener siempre bien equipado el carro de paro con los equipos y el armario de medicamentos en cantidades suficientes.

- Se debe lavar siempre los aspiradores en cada turno.
- Supervisar la visita de los familiares a los pacientes.
- Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente.
- Controlar y realizar la preparación física preoperatoria del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.
- Controlar el cumplimiento del tratamiento.
- Identificar, comunicar y ejecutar acciones ante reacciones producidas por los agentes anestésicos y otros fármacos.
- Identificar y comunicar signos y síntomas de emergencia quirúrgica.
- Preparar, conectar y controlar funcionamiento del equipo de sello de agua y otros drenajes pleurales.
- Controlar, y brindar atención a pacientes con pleurotomía, colostomía, traqueotomía, abdomen abierto y otros procedimientos de alta complejidad.
- Participar y definir las soluciones y otros elementos a utilizar durante las curas de heridas.
- Ejecutar colocación de sonda nasogástrica o vesical si el paciente lo amerita.
- Ejecutar el manejo de equipos (bombas de infusión, aspiradores, ventiladores mecánicos, etc.).
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
- Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.
- Indicar y participar en la RCP básica y avanzada.
- Controlar funcionamiento de ventiladores mecánicos y demás equipos.

- Detectar y consultar intubación selectiva.
- Aplicar y controlar programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.

Funciones administrativas:

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de enfermería.
- Asesorar en materia de planificación sanitaria en el ámbito institucional.
- Dirigir el equipo de enfermería.
- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería.
- Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Es responsabilidad del licenciado en enfermería el manejo de los auxiliares durante su turno y la asignación de tareas.
- Censar ingresos, traslados y egresos.
- Llevar registro interno de los ingresos y egresos de la sala, así como sus patologías.
- Se efectuarán reuniones periódicas para brindar información general, exponer ideas y sugerencias en beneficio del servicio.
- Participar en la visita conjunta con los médicos de UCI y aportar oportunamente información clínica de apoyo a la recuperación del paciente.
- Dirigir, controlar y supervisar la entrega y recibo del servicio.

Funciones docentes:

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Planificar ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería.
- Asesorar en materia de planificación educacional.
- Impartir docencia incidental.
- Instruir al familiar sobre el lugar de espera y la oportunidad de la visita. Al momento del ingreso, indicará las normas del lavado de manos, uso de bata u otro aditamento según el caso.

Funciones investigativas

- Realizar y/o participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional, mejoramiento de la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
- Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

Restricción de labores en trabajadores de la salud.

Cuando el personal de salud presente abrasiones, quemaduras, laceraciones, dermatitis o cualquier solución de continuidad en la piel de manos y brazos, se deberá mantener cubierta la lesión con material adecuado y se evitará el contacto directo con fluidos,

tejidos corporales y manipulación de equipos contaminados, hasta que exista curación completa de la herida.

Trabajadoras de la salud embarazadas.

Las trabajadoras de la salud que se encuentren en estado de embarazo no tienen un riesgo superior de contraer la infección por el VIH o cualquier otra infección; sin embargo, el desarrollo de la infección durante el embarazo conlleva el riesgo de infección perinatal. Por lo tanto las trabajadoras de la salud embarazadas deberán extremar las precauciones universales de bioseguridad (anexo 4), para minimizar el riesgo de contraer o la transmisión de infecciones.

6. POLÍTICAS DE ADMISIÓN DE PACIENTES

- No existirán en UCI políticas de rechazo a los pacientes.
- Todo ingreso a UCI deberá ser previamente notificado al equipo médico de turno.
- Todo ingreso de pacientes deberá ser valorado por el médico de base UCI, previa presentación por del caso por el medico interconsultante.
- El paciente y/o familiar responsable debe ser informado de la condición de salud del paciente.
- Beneficio potencial del tratamiento de UCI: recuperabilidad del paciente.
- Edad del paciente: se aceptaran los pacientes de 18 años o más sin límites de edad superior.
- Pacientes en condición crítica médica o quirúrgica recuperable de su patología fundamental.
- Pacientes en coma profundo por: trauma, intoxicación farmacológica, descompensación metabólica aguda, etc.

- Enfermedades cardiovasculares agudas.
- Estados de choque.
- Insuficiencias respiratorias.
- El paciente será recepcionado por enfermería de UCI en un ambiente debidamente preparado.
- El médico realizará una evaluación rápida y minuciosa, se indicarán los procedimientos invasivos, monitoreo y la solicitud de medios de ayuda al diagnóstico y tratamiento de acuerdo al estado del paciente.
- El familiar responsable firmará la hoja de autorización de tratamiento y medios de diagnóstico, completará los datos de filiación (teléfono, dirección del familiar) y otros datos acerca de la salud del paciente y se le solicitarán los útiles de higiene necesarios.

Criterios de selección del paciente

- Posquirúrgico grave, complicado o de intervención quirúrgica torácica, abdominales, vasculares, otros órganos o sistemas que ameriten cuidados intensivos.
- Abdomen agudo con inminencia de catástrofe abdominal: pancreatitis aguda grave, trombosis mesentérica, hemorragias agudas del tubo digestivo, peritonitis severa, trauma, etc.
- Desequilibrio hidroelectrolítico y acido-base.
- Trauma severo.
- Tétano grave.

- Desórdenes metabólicos agudos: cetoacidosis diabética, insuficiencia suprarrenal, etc.
- Insuficiencia de múltiples órganos.

No ingresan a UCI

- Patologías infecto contagiosas de alto riesgo de contagio: gangrena gaseosa, meningitis, tuberculosis, rabia, cólera, casos sépticos avanzados con descargue masivo de material contaminante.
- Carcinomas avanzados en estado terminal.
- Depresión medular ósea o leucemias en fase terminal.
- Estado de coma irreversibles con signos de muerte cerebral y tallo cerebral.
- Enfermedades sistémicas incurables en etapa terminal: colangiopatías, cirrosis hepática, miocardiopatías, etc.
- No ingresan en número mayor de pacientes de las camas asignadas a la sala.

En pacientes VIH, no ingresan las siguientes patologías:

- Pacientes en los que se tiene sospecha con patógenos transmisibles por vía aérea: virus de varicela zoster, virus rubeola, tuberculosis laríngea y pulmonar.
- Pacientes con sospecha o diagnóstico de infecciones transmitidas por gotas: meningitis, influenza, parvovirus 19, bordetella pertusis.
- Infecciones que involucren contacto piel a piel y la transferencia física de agentes patógenos de un paciente infectado y colonizado de un huésped susceptible a otro paciente, tales como: bacterias multiresistentes, infecciones por estafilococos meticilino resistente, bacterias entéricas como shigella spp, virus: hepatitis A,

influenza. Varios agentes causantes de infecciones en piel y herida como difteria, zoster diseminada, fascitis necrotizante.

Se toman en consideración los siguientes aspectos:

- Disposición arquitectónica del servicio sin facilidades de aislamiento.
- Estrecha vecindad entre los pacientes.
- El riesgo real de infecciones cruzadas por diferentes medios (manos, fómites, equipos, secreciones, etc.).
- Inmunocompetencia comprometida del paciente crítico.
- Factores humanos (ansiedad, miedo).

7. Referencia y contrarreferencia de servicios de cuidados intensivos

Transporte del paciente para exámenes especiales:

- La enfermera de la Unidad realizará antes del traslado la coordinación respectiva con el personal responsable de los servicios de ayuda al diagnóstico y tratamiento.
- El paciente y/o el familiar serán informados del procedimiento y/o exámenes que se realicen. En caso de emergencia, la ausencia del familiar no será una cusa para no realizar el procedimiento o el examen.
- El traslado del paciente será realizado por el médico y la enfermera de la unidad, según la complejidad del paciente, tomando las precauciones necesarias.

Transferencia a otro centro asistencial:

- El paciente podrá ser transferido a un establecimiento de salud de mayor nivel de acuerdo a su situación clínica, previa coordinación con el servicio de emergencia o UCI que recepcionará al paciente.
- Si el transporte es entre establecimientos de diferente localidad, se tomarán las medidas de acuerdo al tipo de transporte, aéreo o terrestre; en ambos casos, irá acompañado del médico y enfermera con competencias en el manejo de estos pacientes.
- Si el transporte es aéreo, antes del traslado se coordinará para que el paciente sea recepcionado en el aeropuerto por una unidad de transporte.
- Si la transferencia es local se hará uso de las unidades móviles de transporte previa coordinación con respecto al tipo de soporte que el paciente debe recibir en dichas unidades móviles.

Egreso de paciente

- El médico de la unidad indicará el alta del paciente, previa evaluación clínica y de laboratorio y le comunicará al médico del servicio de procedencia.
- El paciente y/o familiar responsable serán informados por el médico sobre las condiciones del alta y su transferencia a un servicio de hospitalización.
- La enfermera de la UCI realizará la coordinación con la enfermera del servicio de procedencia, antes del traslado, sobre las condiciones del paciente y el requerimiento de los equipos, medicamentos y materiales.
- La enfermera preparará al paciente para el alta y su traslado bajo las especificaciones médicas, lo conducirá al servicio de procedencia y presentará al paciente personalmente a las personas que continuarán con su cuidado y entregará la historia clínica, placas radiográficas y demás pertenencias del

paciente. Dará instrucciones específicas sobre los cuidados especiales del paciente.

Fallecimiento del paciente:

- En caso de fallecimiento el familiar responsable será informado personalmente por el médico de UCI.
- En ausencia de familiar se solicitará su presencia telefónicamente o en su defecto se participará a servicio social para que se realice la respectiva comunicación.
- La Enfermera orientará al familiar sobre el trámite a seguir.
- El médico tratante realizará el certificado de defunción o en su defecto el médico de turno asume las funciones y obligaciones del médico tratante y es quien redactará el certificado de defunción.

8. RECOMENDACIONES

- Casos excepcionales no contemplados en la norma solamente con la autorización del jefe de servicio o director del hospital.
- En cuanto a parejas de matrimonio o unión de hecho estable, el primer responsable del paciente es su cónyuge.
- Atender en orden de preferencia: cónyuge, hijos y padres. En ausencia de ellos un familiar que por consenso represente a la familia o en último caso otra persona que represente legalmente al paciente.
- En la puerta de la unidad existirá un letrero señalando los horarios de información y de visita para los familiares.

- Se deben adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada y de investigación y docencia de sus profesionales y disponer de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la seguridad de los pacientes y la calidad, adaptado a sus características.

A visitantes atender las siguientes recomendaciones:

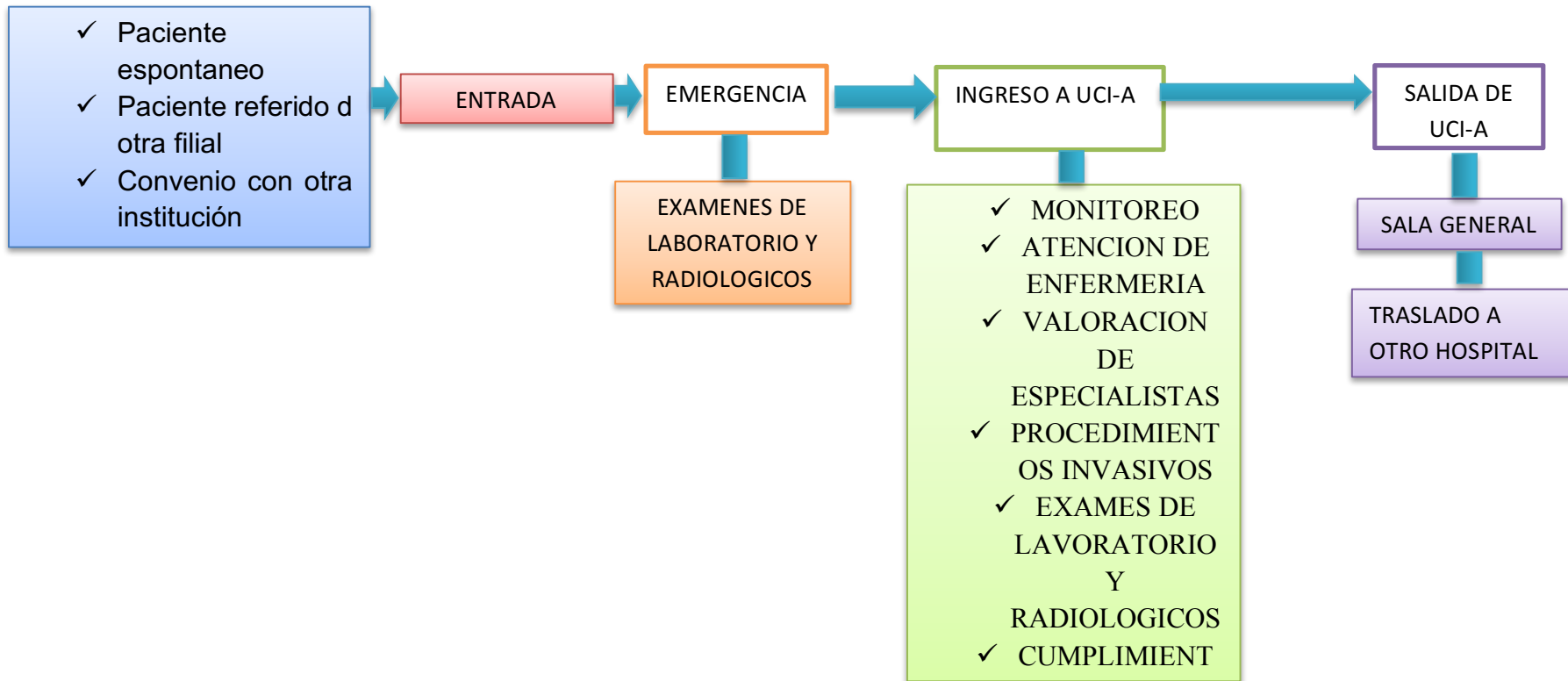
- Observar y respetar las normas de UCI.
- Atender el horario de visita establecido: 11:30 am-12:00pm.
- Designar un familiar responsable de cada paciente, para efectos de manejo, decisión e información, respetando el orden de cercanía y que permanezca siempre accesible a la unidad, ante cualquier eventualidad.
- Se permitirá la asistencia espiritual al paciente con respeto a su confesión religiosa y orar en voz baja máximo 2 personas.
- No se permitirá el uso de teléfonos y toma de fotografías a los pacientes y familiares.
- No se les permitirá a los pacientes el uso de equipos electrónicos, resguardo de dinero y uso de joyas en la unidad, por lo que serán entregados al responsable del paciente y registrar.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Hospital Universitario Central de Asturias (2015), Normativa funcional UCI 1 Y 2.
2. Escuela Nacional de Salud Pública, Habana Cuba, provincia Villa Clara, noviembre 2011 a noviembre 2013 Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios.
3. Ministerio de Salud (MINSA-2011), Normativa N° 070, norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud, Managua-Nicaragua.
4. Ministerio de Salud (MINSA-2010), dirección de recursos humanos, manual de procedimientos, planificación y programación de recursos humanos, Managua-Nicaragua.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social Paseo del Prado, (Madrid 2010), Unidades de cuidados intensivos, estándares y recomendaciones.
6. Ministerio de Salud (MINSA-2010), Normativa N° 049; Acuerdo Ministerial N° 280-2010, programa médico funcional policlínico, Managua-Nicaragua.
7. Dra. Manzanares Ileana, Lic. Granados Abraham, (2009), Normas Administrativas y de atención de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Managua- Nicaragua. (normativa no publicada).
8. Dirección general de salud de las personas, dirección ejecutiva de servicios de salud, (MINSA / DGSP V.01), (Perú-2006), Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS), octubre 2007, Precauciones estándares en la atención de salud.
10. República de Nicaragua, Ley General de Salud, Ley No. 423, aprobada el 14 de marzo del 2002, publicado en la gaceta No. 91 del 17 de mayo del 2002.

XII. FLUJOGRAMAS

Flujograma para ingreso de un paciente a UCI-A





Elementos estructurales, propuesta norma técnica UCI-A Hospital Solidaridad.



Componentes organizacionales, propuesta de normas técnicas, UCI-A Hospital Solidaridad.



XIII. ANEXOS

Anexo 1 Niveles de cuidados de acuerdo a la condición del paciente:

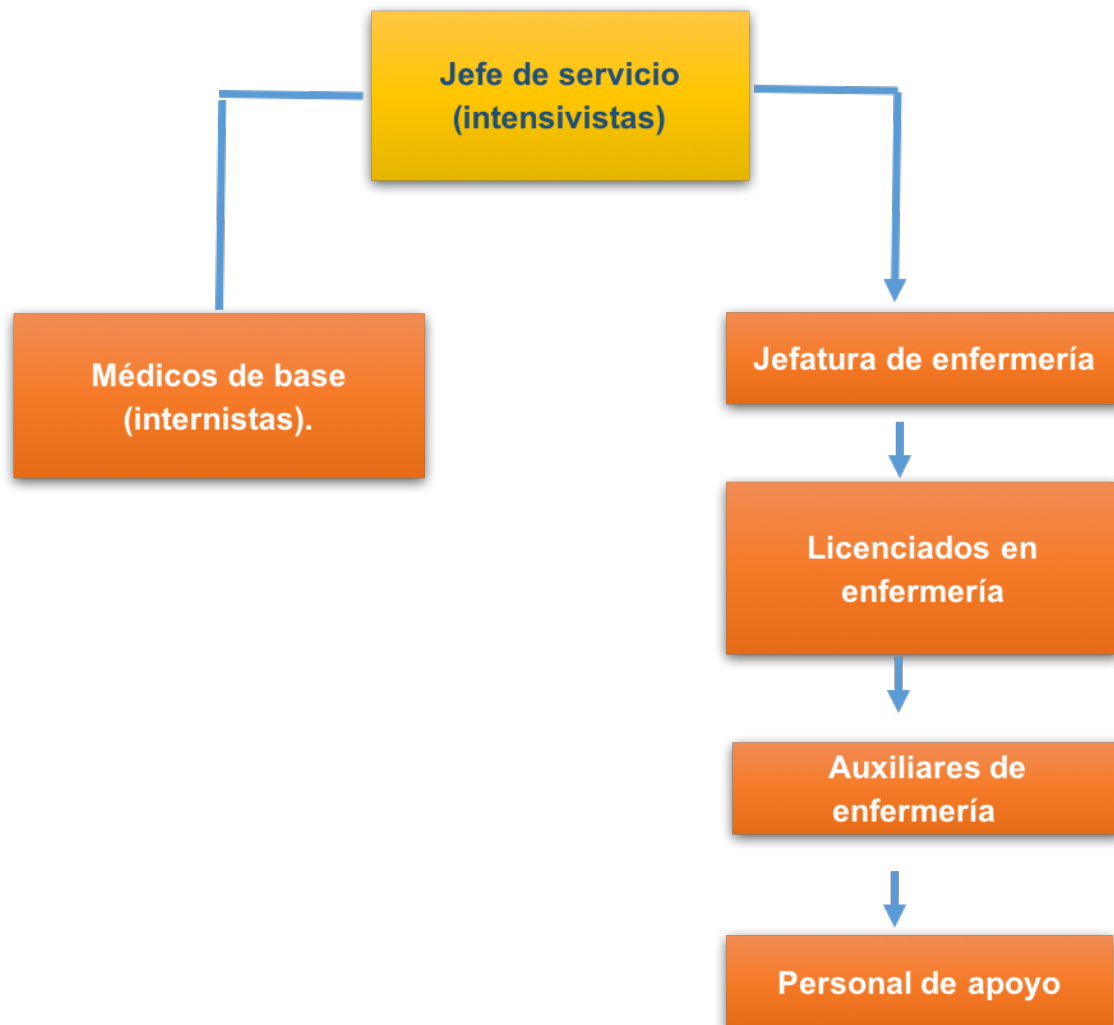
Condición	Criterios de condición de cuidados	Ejemplos
A	Requiere hospitalización. Las necesidades pueden ser atendidas en sala de hospitalización polivalente de agudos	Medicación oral, I.V (bolo), Analgesia controlada por el paciente 0 Requiere hospitalización
B	<p>Paciente dado de alta recientemente de un nivel más intensivo de cuidados.</p> <p>Paciente con necesidades adicionales de control, asistencia sanitaria o asesoramiento clínico</p> <p>Paciente que requiere apoyo del "servicio ampliado de cuidados críticos".</p> <p>Paciente que requiere la atención de personal con competencias específicas y/o instalaciones adecuadas para, al menos, un aspecto de la asistencia sanitaria prestada en el entorno de la unidad de enfermería de hospitalización polivalente</p>	<p>Controles con periodicidad igual o inferior a cada 4 horas</p> <p>Fisioterapia o aspiración aérea requeridas cada 6 horas o menos pero no cada 2 horas o menos.</p> <p>Signos vitales anormales, pero que no requieren un nivel más intensivo de cuidados</p> <p>Terapia renal sustitutiva (insuficiencia renal crónica estable)</p> <p>Analgesia epidural</p>

		Cuidados de traqueotomía
C	<p>Paciente que requiere monitorización o soporte de un órgano o sistema.</p> <p>Paciente que precisa optimización preoperatoria prolongada, debido a la naturaleza del procedimiento o a la condición del paciente. Pueden incluirse en este grupo pacientes con necesidades < 24 horas, como ventilación postoperatoria de rutina que no tienen otra disfunción orgánica y se encuentran bien (pacientes procedentes de cirugía cardíaca).</p> <p>Paciente que precisa un mayor nivel de observación y monitorización.</p> <p>Paciente procedente de un nivel superior de cuidados.</p> <p>Paciente con anomalías fisiológicas importantes no corregidas</p>	<p>Ventilación no invasiva o con presión positiva (presión positiva respiratoria continua).</p> <p>Fisioterapia o aspiración al menos cada 2 horas.</p> <p>Cardiovascular: Inestabilidad, requiriendo monitorización ECG continúa.</p> <p>Frecuencia respiratoria > 40 r.p.m. o de 30 r.p.m. por más de 2 horas.</p>
D	<p>Paciente que precisa monitorización y soporte respiratorio avanzado.</p> <p>Paciente que requiere soporte de dos o más sistemas orgánico.</p> <p>Paciente con deterioro crónico de uno o más órganos, que provoca una restricción de las actividades diarias</p>	<p>Insuficiencia respiratoria de cualquier causa que requiere soporte ventilatorio mediante ventilación invasiva con presión positiva.</p> <p>Ventilación obligatoria asistida o sincronizada /</p>

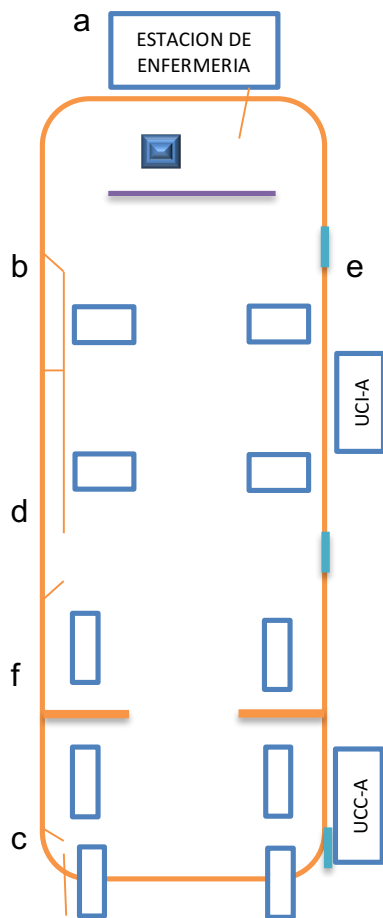
	(comorbilidad) y que requiere soporte para un fallo agudo y reversible de otro órgano o sistema	<p>ventilación mecánica controlada e infusión intravenosa continua de fármacos vasoactivos.</p> <p>Cardiopatía isquémica grave y hemorragia postoperatoria importante.</p> <p>EPOC y sepsis vinculada a la inmunosupresión.</p>
--	---	---

Fuente: Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002.

Anexo 2. Organigrama para UCI-A



Anexo 3. Estructura de UCI-A, Hospital Solidaridad.



- a. Una estación de enfermería con un monitor central.
- b. Un baño para el personal.
- c. Un baño para los pacientes.
- d. Un cuarto sucio.
- e. Una puerta de entrada y salida
- f. Diez camas.

Anexo 4. Precauciones universales de bioseguridad.

- **Evitar contacto de piel o mucosas con sangre y otros líquidos de precaución universal.**

Evitar el contacto de la piel o mucosas con la sangre y otros líquidos de precaución universal, en todos los pacientes, y no solamente con aquellos que tengan diagnóstico de enfermedad. Por lo tanto se debe implementar el uso del equipo de protección personal (E.P.P), consiste en el empleo de precauciones de barrera con el objeto de prevenir la exposición de la piel y mucosas a sangre o líquidos corporales de cualquier paciente o material potencialmente infeccioso.

El E.P.P, será considerado apropiado solamente si impide que la sangre y otro material potencialmente infeccioso alcance y pase a través de las ropas (el uniforme del empleado, ropa de calle), la piel, los ojos, la boca y otras membranas mucosas.

- **Lavado de manos.**

Es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre paciente, personal hospitalario, y visitantes. Se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos. Se debe realizar en los siguientes casos:

- Antes de iniciar labores.
- Al ingresar a cirugía.
- Antes de realizar procedimientos invasivos, odontológicos y en laboratorios clínicos. Antes y después de atender pacientes especialmente susceptibles de contraer infecciones tales como: Inmunocomprometidos, recién nacidos, ancianos y pacientes de alto riesgo.
- Antes y después de manipular heridas.
- Después de estar en contacto con secreciones y líquidos de precaución universal.
- Antes y después de entrar a cuartos de aislamiento.
- Después de manipular objetos contaminados.

- Antes y después de realizar procedimientos asépticos: punciones y cateterismos.
- Antes de colocarse guantes e inmediatamente después de retirarlos.
- Al finalizar labores.

- **Lavado de manos. remoción mecánica de microorganismos.**

Es el lavado de manos con jabón corriente o detergente (barra, gránulos o líquidos), dejando los microorganismos en suspensión permitiendo así removerlos. Se indica en los siguientes casos:

- Al iniciar y finalizar labores.
- Previo a realizar procedimientos no invasivos.
- Durante la realización de labores y al finalizar estas.

Se emplea jabón en barra, se debe mantener en soportes que permitan drenar el agua; evitando con esto la humedad y la proliferación de los microorganismos. Se debe enjuagar la barra de jabón una vez utilizada. Una vez terminado el lavado de las manos es de vital importancia secarlas preferiblemente con toalla desechable.

- **Lavado de manos por remoción química de microorganismos.**

Es el lavado de manos con soluciones antisépticas, logrando destruir o inhibir el crecimiento de microorganismos. Se indica en el lavado de manos rutinario para procedimientos invasivos y lavado quirúrgico de las manos.

- **Lavado rutinario para procedimientos invasivos.**

Se indica en las siguientes situaciones:

- Al realizar procedimientos que penetren la piel o que tengan contacto con mucosas.

- En procedimientos que entren en contacto con las secreciones y líquidos de precaución universal.
- En procedimientos odontológicos y de laboratorio clínico.
- Antes y después de manipular heridas.
- En procedimientos con pacientes inmunocomprometidos.

- **Técnica para el lavado de manos de rutina:**

1. Retirar todos los objetos que se tenga en las manos como por ejemplo anillos, relojes, pulseras, etc.
2. Humedecer las manos y aplicar 5 c.c. del antiséptico; frotando vigorosamente dedo por dedo, haciendo énfasis en los espacios interdigitales.
3. Frotar palmas y dorso de las manos, cinco (5) cm por encima de la muñeca.
4. Enjuague las manos con abundante agua para que el barrido sea efectivo.
5. Finalice secando con toalla desechable.

- **Lavado quirúrgico para procedimientos invasivos.**

- Se indica para realizar procedimientos invasivos quirúrgicos.
- Conductas Básicas en Bioseguridad: Manejo Integral.

- **Uso de guantes:**

Es importante citar que los guantes nunca son un sustituto del lavado de manos, dado que el látex no está fabricado para ser lavado y reutilizado, pues tiende a formar microporos cuando es expuesto a actividades tales como, stress físico, líquidos utilizados en la práctica diaria, desinfectantes líquidos e inclusive el jabón de manos, por lo tanto estos microporos permiten la diseminación cruzada de gérmenes.

Se debe usar guantes para todo procedimiento que implique contacto con:

- Sangre y otros fluidos corporales, considerados de precaución universal.
- Piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre.
- Debe usarse guantes para la realización de punciones venosas (y otros procedimientos que así lo requieran).
- Demás procedimientos quirúrgicos, desinfección y limpieza.

- **Uso de mascarillas:**

Con esta medida se previene la exposición de las membranas mucosas de la boca, la nariz y los ojos, a líquidos potencialmente infectados.

Su uso se indica en:

- Procedimientos en donde se manipulen sangre o líquidos corporales.
- Cuando exista la posibilidad de salpicaduras (aerosoles) o expulsión de líquidos contaminados con sangre.

Recomendaciones:

- Las mascarillas y los tapabocas, deben tener una capa repelente de fluidos y estar elaborados en un material con alta eficiencia de filtración, para disminuir la diseminación de gérmenes a través de estos durante la respiración, al hablar y al toser.
- Las mascarillas deben tener el grosor y la calidad adecuada.
- Los tapabocas que no cumplan con la calidad óptima, deben usarse dobles.
- Los tapabocas de gasa o de tela no ofrecen protección adecuada.
- Si el uso de mascarilla o tapabocas está indicado, su colocación debe ser la primera maniobra que se realice para comenzar el procedimiento.
- Después de colocar o manipular la mascarilla o el tapabocas, siempre se deben lavar las manos.
- El visor de las mascarillas deberán ser desinfectadas o renovadas entre pacientes o cuando se presenten signos evidentes de contaminación.

- Si no se dispone de mascarillas, se indica el uso de gafas de protección y tapabocas.
- Las gafas de protección deberán tener barreras laterales de protección.

- **Uso de Gorro:**

El cabello facilita la retención y posterior dispersión de microorganismos que flotan en el aire de los hospitales (estafilococos, corinebacterias), por lo que se considera como fuente de infección y vehículo de transmisión de microorganismo.

Por lo tanto antes de la colocación del vestido de cirugía, se indica el uso del gorro para:

- Prevenir la caída de partículas contaminadas en el vestido.
- Se deberá cambiar gorro si accidentalmente se ensucia.

- **Uso de polainas.**

Su uso se limita a las áreas quirúrgicas y se recomienda no usar sandalias, zapatos abiertos o suecos.

- Las polainas tienen que cubrir totalmente los zapatos.
- Serán cambiadas cada vez que se salga del área quirúrgica.
- Se colocan una vez puesto el vestido de cirugía.

- **Uso de delantales protectores.**

- Los delantales protectores deberán ser preferiblemente largos e impermeables.
- Están indicados en todo procedimiento donde haya exposición a líquidos de precaución universal, por ejemplo: drenaje de abscesos, atención de heridas, partos y punción de cavidades entre otros.

- Estos deberán cambiarse de inmediato cuando haya contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento y una vez concluida la intervención.

Requisitos de un material óptimo para delantal:

- Material desechable.
- Impermeable a los fluidos o reforzado en la parte frontal y las mangas.
- Permitir la entrada y salida de aire, brindando un buen nivel de transpiración e impidiendo el paso de fluidos potencialmente infectantes.
- Resistencia a las perforaciones o a las rasgaduras aún en procedimientos prolongados.
- Térmico.
- Suave.

- **Uso de boquillas o bolsas de resucitación:**

En todos los equipos de resucitación, deberán estar disponibles las bolsas de resucitación o boquillas, para disminuir el contacto directo con fluidos del paciente durante la práctica de reanimación cardiopulmonar.

- **Manejo cuidadoso de elementos cortopunzantes.**

Durante la manipulación, limpieza y desecho de elementos cortopunzantes (agujas, bisturís u otros), el personal de salud deberá tomar rigurosas precauciones, para prevenir accidentes laborales.

La mayoría de las punciones accidentales ocurren al reenfundar las agujas después de usarlas, o como resultado de desecharlas inadecuadamente (p.ej. en bolsas de basura).

La distribución de accidentes con objetos cortopunzantes, ocurren en el siguiente orden:

- Antes de desecharlo: 50.9 % Durante su uso: 29.0 %.

- Mientras se desecha: 12.6 %.
- Después de desecharlo: 7.6 %

Recomendaciones:

- Desechar las agujas e instrumentos cortantes una vez utilizados, en recipientes de paredes duras e imperforables, los cuales deben estar situados lo más cerca posible al área de trabajo, para su posterior desecho.
- Si no hay un recolector cerca, use un contenedor rígido (como una riñonera), para contener y trasladar el elemento cortopunzante.
- No desechar elementos punzocortantes en bolsas de basura, cajas o contenedores que no sean resistentes a punciones.
- Evitar tapar, doblar o quebrar agujas, láminas de bisturí u otros elementos cortopunzantes, una vez utilizados.

- **Desecho de elementos cortopunzantes.**

- El desecho de elementos cortopunzantes se debe realizar en recipientes de metal o plástico.
- Una vez llenos se inactivan con solución de hipoclorito de sodio, se sellan y se rotulan como “Peligro Material Contaminado”, con el fin de prevenir cortes y pinchazos accidentales con objetos contaminados con sangre y otros fluidos corporales potencialmente infectados, durante el proceso de desecho y recolección de basura.
- Una vez lleno el recolector, sellar el guardián, se coloca en una bolsa roja para su recolección y posterior incineración.
- Nunca rebosar el límite de llenado señalado en el recolector o guardián.

- **Desinfección y esterilización de equipos e instrumental.**

Todo instrumental y equipo destinado a la atención de pacientes requiere de limpieza previa, desinfección y esterilización, con el fin de prevenir el desarrollo de procesos infecciosos.

- **Limpieza de equipos e instrumentos.**

La limpieza o descontaminación de los equipos e instrumentos, se realiza para remover organismos y suciedad, garantizando la efectividad de los procesos de esterilización y desinfección. Por lo tanto uno de los parámetros que se debe considerar en la descontaminación es la BIO-CARGA, la cual se define como la cantidad y nivel de resistencia a la contaminación microbiana de un objeto en un momento determinado, por ejemplo; la sangre, las heces y el esputo, son sustancias que producen un alto grado de biocarga en un objeto.

- **Desinfección.**

La desinfección es un proceso físico o químico que extermina o destruye la mayoría de los microorganismos patógenos y no patógenos, pero rara vez elimina las esporas.

Los objetos a desinfectar, se les debe evaluar previamente el nivel de desinfección que requieren para lograr destruir los microorganismos que contaminan los elementos.

IX. CONCLUSIONES

1. Se identificaron los criterios a cumplir para la elaboración de las normas del manejo de las UCI-A, en el sector salud a nivel nacional, metodología que no difiere en gran manera de la forma de estructuración de normativas a nivel internacional.
2. A través de la revisión documental sobre las normativas para UCI-A a nivel nacional e internacional se lograron establecer los elementos estructurales de la normativa para el manejo de la UCI-A en el hospital Solidaridad, así como determinar los componentes organizacionales que deben de cumplir.
3. Existe en Nicaragua la Normativa 070, elaborada por el MINSA, en donde se establecen los procedimientos en el proceso de elaboración de las normas, definiendo los componentes organizacionales para su elaboración. Siendo esta metodología de estricto cumplimiento para todos los profesionales o técnicos del sector salud. Lográndose la sistematización del documento normativo presentado en este estudio en el que se proponen las normas técnicas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCI-A), para el Hospital Solidaridad.

X. RECOMENDACIONES

Ministerio de Salud Nicaragua (MINSA)

- Ejecutar y monitorizar la elaboración, existencia y aplicación de normativas técnicas en los diferentes centros asistenciales de la salud impulsando una iniciativa para su elaboración o actualización de acuerdo a cada unidad para lograr los lineamientos de procedimientos de atención.

Hospital Solidaridad

- Fortalecer y promover la aplicación de las normativas técnicas en la UCI-A, para lograr prestaciones de salud que satisfagan las necesidades de atención del paciente crítico bajo criterios de calidad y oportunidad.
- Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente crítico y desarrollar competencias en el personal.
- Realizar seguimientos y evaluación del cumplimiento de las normativas por el personal interno y externo de UCI-A.
- Realizar las gestiones pertinentes para solicitar la aprobación de esta normativa ante la dirección de Regulación Sanitaria del Complejo Concepción Palacios.
- Elaborar las normas técnicas para el resto de las unidades hospitalarias de esta institución para dar continuidad en la mejora de la calidad de atención.

Centro de investigaciones y estudios de la salud y otras Instancias Universitarias, Académicas y Científicas en la Región.

- Impulsar a través de la maestría administración en salud u otros programas, estudios relacionados a la elaboración de propuestas, modificación y evaluación de normativas en las unidades sanitarias.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. CIES-UNAN Managua (2016), Metodología de la investigación II, 2016.
2. CIES-UNAN Managua (2015), Como diseñar el protocolo y el informe final de tesis II parte.
3. CIES-UNAN Managua (2015), apuntes de la metodología de la investigación III parte.
4. Hospital Universitario Central de Asturias (2015), Normativa funcional UCI 1 Y 2.
5. Escuela Nacional de Salud Pública, Habana Cuba, provincia Villa Clara, noviembre 2011 a noviembre 2013 Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios.
6. Ministerio de Salud (MINSA-2011), Normativa N° 070, norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud, Managua-Nicaragua.
7. Galeano Marín María Eumelia, profesora titular universidad de Antioquia facultad de ciencias sociales y humanas, registro y sistematización de información cualitativa, Colombia 2011.
8. Ministerio de Salud (MINSA-2010), dirección de recursos humanos, manual de procedimientos, planificación y programación de recursos humanos, Managua-Nicaragua.
9. Ministerio de Sanidad y Política Social Paseo del Prado, (Madrid 2010), Unidades de cuidados intensivos, estándares y recomendaciones.
10. Ministerio de Salud (MINSA-2010), Normativa N° 049; Acuerdo Ministerial N° 280-2010, programa médico funcional policlínico, Managua-Nicaragua.
11. Dra. Manzanares Ileana, Lic. Granados Abraham, (2009), Normas Administrativas y de atención de la Unidad de Cuidados Intensivos,

Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Managua- Nicaragua.
(normativa no publicada).

12. Organización Mundial de la Salud (OMS), octubre 2007, Precauciones estándares en la atención de salud.
13. Dirección general de salud de las personas, dirección ejecutiva de servicios de salud, (MINSA / DGSP V.01), (Perú-2006), Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud.
14. República de Nicaragua, Ley General de Salud, Ley No. 423, aprobada el 14 de marzo del 2002, publicado en la gaceta No. 91 del 17 de mayo del 2002.

ANEXOS

Anexo 1: Ejes Descriptores

Elementos estructurales y componentes organizacionales de las normativas.

	Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios, Escuela Nacional de Salud Pública, Habana Cuba, provincia Villa Clara, de noviembre 2011 a noviembre 2013	Normas técnicas, administrativas y de atención de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Managua-Nicaragua (2009).	Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud, Dirección general de salud de las personas, (MINSA / DGSP V.01), (Perú-2006).	Propuesta de normas técnicas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCI-A), Hospital Solidaridad, Managua-Nicaragua 2017.
Elementos Estructurales.	<ul style="list-style-type: none"> -Título de la norma. -Ficha catalográfica. -Resolución ministerial*. -Índice. -Introducción. -Objetivo de la norma. -Campo de aplicación -Antecedentes*. -Justificación*. -Soporte jurídico. -Definiciones y aspectos conceptuales. -Definición de la norma*. -Universo de la norma* -Disposiciones. -Glosario. -Bibliografía. -Flujograma*. -Anexos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Título de la norma. -Ficha catalográfica*. -Resolución ministerial*. -Índice*. -Introducción. -Objetivo de la norma. -Campo de aplicación*. -Antecedentes*. -Justificación*. -Soporte jurídico. (base legal)* -Definiciones y aspectos conceptuales*. -Definición de la norma*. -Universo de la norma* -Disposiciones. -Glosario*. -Bibliografía*. -Flujograma*. -Anexos*. 	<ul style="list-style-type: none"> -Título de la norma. -Ficha catalográfica. -Resolución ministerial*. -Índice. -Introducción. -Objetivo de la norma. -Campo de aplicación. (Alcance). -Antecedentes*. -Justificación*. -Soporte jurídico. (base legal) -Definiciones y aspectos conceptuales. -Definición de la norma*. -Universo de la norma* -Disposiciones. -Glosario. -Bibliografía. -Flujograma*. -Anexos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Título de la norma. -Ficha catalográfica*. -Resolución ministerial*. -Índice. -Introducción. -Antecedentes. -Justificación. -Soporte jurídico. -Definiciones y aspectos conceptuales. -Definición de la norma. -Objetivo de la norma. -Campo de aplicación. -Universo de la norma. -Disposiciones. -Glosario. -Bibliografía. -Flujograma. -Anexos.

Com pone ntes orga nizac ional es.	<p>En esta norma se describen los aspectos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recursos humanos. -Infraestructura y área de trabajo. -Atención del paciente. -Referencia y contra referencia. -Medios de transporte y comunicación. -Criterios de admisión y alta. -Nivel de atención -Exámenes auxiliares. -Equipamiento -Indicadores. 	<p>-17 pág. subsecuentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Características de funcionamiento. -Interrelación con otros servicios de apoyo. -Monitoreo diario de cada px. -Materiales y equipos. -Proveniencia y egreso de los px. -Organigrama interno de los recursos humanos. -Organización de la unidad. -Actividades del personal médico. -Funciones del jefe de servicio. -Funciones de los médicos de base. -Deberes de los médicos residentes. -Actividades del personal de enfermería. -Funciones del jefe de enfermería. -Políticas de admisión de pacientes. -Criterios de selección de pacientes. - Recomendacione s. 	<p>Esta normativa presenta los lineamientos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Organización de los servicios de cuidados intensivos. -Instructivo de los servicios de cuidados intensivos. -Unidades funcionales. -Recursos humanos y capacitación. -Tecnologías en cuidados intensivos. -Referencia y contra referencia de servicios de cuidados intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Disposiciones generales. -Recursos materiales. -Interrelación con otros servicios de apoyo. -Área física e infraestructura. -Recursos humanos. -Políticas de admisión de pacientes. -Referencia y contrarreferencia de servicios de cuidados intensivos. - Recomendacione s.

(*) No está presente en la normativa

Anexo 2: Autorizaciones del Estudio



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NICARGUA, Managua
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIO DE LA SALUD
ESCUELA DE LA SALUD PÚBLICA



Managua, 30 de enero 2017.

Hospital Solidaridad.
Director General
Lic. Cesar Mendoza
Su despacho.



Estimado Lic. Mendoza:

Por medio de la presente solicito su autorización para presentar una propuesta de normativas técnicas para la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto de este hospital, trabajo que será realizado de carácter académico y es un requisito que solicita el Centro de Investigaciones de la Salud (CIES), para optar al título de Master en Administración en Salud.

No omito manifestar que dicho trabajo podrá utilizarse como referencia para implementar medidas de mejoramiento en la calidad de atención y estoy anuente a cualquier duda o sugerencia sobre su realización, que pueda tener al respecto.

Además debo mencionar que soy Licenciada en Enfermería con mención en Paciente Crítico, desempeñando mis labores en la UCI-A de esta institución.

Sin más que agregar, agradeciendo el apoyo a mi solicitud y deseándole éxito en sus funciones.

Atentamente:



Gretel Isamar Olivas Rodríguez.

Lic. Paciente Crítico

Maestrante



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NICARGUA, Managua
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIO DE LA SALUD
ESCUELA DE LA SALUD PÚBLICA



Managua, 30 de enero 2017.

Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez.
Unidad de Cuidados Intensivos Adulto
Dra. María Ileana Manzanares.
Jefa de UCI-A; HERCG
Sus manos

Estimada Dra. Manzanares:

Por medio de la presente solicito su autorización para utilizar como referencia la normativa técnica para el manejo de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto de este hospital, la cual será tomada en cuenta y utilizada como referencia para presentar una propuesta de normativas técnicas para la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto del Hospital Solidaridad, trabajo que será realizado de carácter académico y es un requisito que solicita el Centro de Investigaciones de la Salud (CIES), para optar al título de Master en Administración en Salud.

No omito manifestar que dicho trabajo podrá utilizarse como referencia para implementar medidas de mejoramiento en la calidad de atención y estoy anuente a cualquier duda o sugerencia sobre su realización, que pueda tener al respecto.

Debo mencionar que soy Licenciada en Enfermería con mención en Paciente Crítico, desempeñando mis labores en la UCI-A del Hospital Solidaridad.

Sin más que agregar, agradeciendo el apoyo a mi solicitud y deseándole éxito en sus funciones.

Atentamente:

Gretel Isamar Olivas Rodríguez.

Lic. Paciente Crítico

Maestrante

Dra. María Ileana Manzanares
INTERNISTA
COD. 123456

Anexo 3: Foto del hospital en donde se realiza la propuesta normativa.

